

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara dengan laju pertumbuhan penduduk yang cukup cepat. Berdasarkan penelitian Noya, dkk. (2009), penduduk Indonesia pada tahun 1971 berjumlah 118.000.000 jiwa meningkat menjadi 220.000.000 jiwa di tahun 2005. Pada tahun 2010, jumlah ini meningkat menjadi 238.518 jiwa dengan laju pertumbuhan mencapai 1,49% pertahun. Pada tahun 2015, diperkirakan jumlah ini akan meningkat menjadi 252.370.792 jiwa (BPS, 2012).

Tingkat pertumbuhan penduduk ini dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), dan perpindahan penduduk (migrasi) (Bernadus, 2013). Oleh karena itu, untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk yang cepat ini, digalakkan program Keluarga Berencana (KB) yang sudah dimulai sejak tahun 1970. Program Keluarga Berencana memiliki makna yang sangat strategis, komprehensif dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera. UU Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga menyebutkan bahwa keluarga berencana adalah upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Depkes RI, 2013).

Peningkatan derajat kesehatan ibu merupakan salah satu target MDGs (*Millenium Development Goals*). Implementasi yang dilakukan berupa pertolongan

persalinan dan perawatan lanjutan setelah persalinan. Menurut WHO, 15-20 % ibu hamil di negara maju maupun berkembang mengalami resiko tinggi maupun komplikasi sehingga dapat berpotensi meningkatkan Angka Kematian Ibu (AKI). Usaha yang dilakukan untuk menangani masalah tersebut adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan dan tenaga kesehatan terlatih. Pada tahun 1991 terdapat 390 kematian ibu per 100.000 angka kelahiran hidup. Pada tahun 2007, angka tersebut turun menjadi 228 kematian ibu. Setelah itu, perawatan berkelanjutan yaitu pencapaian tingkat kesehatan dilakukan pada saat masa pra kehamilan. Salah satu contohnya adalah pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi. Melalui program-program inilah (AKI) dapat ditekan (Depkes RI, 2013).

Terdapat tiga indikator yang berkaitan dengan KB dalam MDGs yang diharapkan akan memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan kesehatan ibu. Indikator tersebut adalah *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)*, *Age Specific Fertility Rate (ASFR)*, dan *unmet need*. Target nasional indikator tersebut pada tahun 2015 adalah *CPR* sebesar 65%, *ASFR* usia 15-19 tahun sebesar 30/1000 perempuan usia 15-19 tahun dan *unmet need* 5%. Namun dalam satu dekade terakhir, keberhasilan pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia mengalami suatu keadaan stagnan yang ditandai dengan kurangnya perbaikan beberapa indikator KB yaitu *CPR*, *unmet need* dan *Total Fertility Rate (TFR)* (Depkes RI, 2013).

Thailand menempati urutan pertama dengan cakupan peserta KB aktif pada wanita usia subur sebanyak 80% di Asia Tenggara. Indonesia menempati urutan ke 4 dari 10 negara di Asia Tenggara dengan cakupan peserta KB aktif sebanyak 57%.

Timor Leste menempati urutan terakhir di Asia Tenggara dengan cakupan peserta KB aktif sebesar 21%. (Pusat Data dan Informasi KEMENKES RI, 2011).

Jumlah peserta baru KB di Indonesia pada tahun 2015, adalah sebanyak 723.456 peserta. Jika dilihat rinciannya, maka jumlah peserta KB IUD adalah sebanyak 21.077 peserta (7,03%), 5.119 peserta MOW (1,71%), 31.588 peserta implant (10,53%), 598 peserta MOP (0,20%), 24.696 peserta kondom (8,23%), 106.821 peserta KB pil (35,61%), dan 110.092 peserta KB suntik (36,7%) (BKKBN Sumatera Barat, 2015).

Hasil dari penelitian Riskesdas (2013) pada wanita usia 15-49 tahun dengan status kawin, jumlah pengguna kontrasepsi dengan metode modern (implan, MOW, MOP, IUD, kondom, suntikan, pil) adalah sebanyak 59,3%, sedangkan yang menggunakan kontrasepsi tanpa menggunakan alat (metode menyusui / MAL, pantang berkala, senggama terputus, dan lainnya) adalah sebanyak 0,4%. Lalu 24,7 % pernah menggunakan kontrasepsi, dan 15,5% tidak pernah menggunakan kontrasepsi. Hasil Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) di Jawa Tengah pada tahun 2007, menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi suntik adalah cara yang paling umum dipakai baik oleh wanita pernah kawin maupun yang berstatus kawin (masing-masing 36 dan 38 persen). Kontrasepsi pil juga cukup populer, digunakan oleh 8% wanita pernah kawin dan 9% wanita berstatus kawin. Jika dibandingkan dengan data SDKI 2002/2003, pemakaian KB suntik meningkat dari 33% menjadi 38% (BKKBN, 2007).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar tahun 2012 menunjukkan bahwa penggunaan metode kontrasepsi terbanyak adalah dengan metode suntik. Peserta KB

aktif yang berada di Kota Padang berjumlah 102.969 peserta. Jumlah tersebut terdiri dari peserta suntik 46,6%, peserta IUD 18,2%, peserta MOP 0,1%, peserta MOW 3,8%, peserta implant 6,3%, peserta pil 20,7% dan peserta kondom 4,2% (Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar, 2012).

Dari dua kontrasepsi suntik yang ada, DMPA adalah yang paling banyak digunakan (Everett, 2007). Dosis DMPA dengan daya kerja kontraseptif yang paling sering dipakai 150 mg setiap 3 bulan. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam satu tahun pemakaian DMPA (Hartanto, 2004).

Menometrorrhagia adalah pendarahan selama siklus haid yang berkepanjangan (>8 hari) atau lebih dari 80 ml per hari disertai dengan pendarahan yang terjadi dalam masa antara dua siklus menstruasi. Pendarahan ini dapat disebabkan karena gangguan anatomis tubuh, maupun gangguan hormonal. Gangguan anatomis yang dapat menyebabkan pendarahan di luar haid misalnya infeksi vagina, endometriosis, kanker endometrium, dan kista ovarium. Menometrorrhagia juga dapat terjadi akibat ketidakseimbangan hormon estrogen-progesteron yang biasa terdapat pada penderita hiposteroid, hipersteroid, dan pada akseptor kontrasepsi hormonal jangka panjang (Sianipar, 2009).

Pengunaan kontrasepsi suntik berisi progestin secara berkala dapat menyebabkan peningkatan kadar progesterone dalam darah. Jika peningkatan ini tidak disertai dengan peningkatan estrogen dalam darah, maka dapat menyebabkan *progesterone breakthrough bleeding (BTB)*. Hal ini terjadi karena abnormalitas

perbandingan jumlah progesterone serum dan estrogen serum yang terlalu senjang (Saverino, 2011).

Penelitian ini dilakukan di lima Puskesmas di Kota Padang, yaitu Puskesmas Belimbing, Andalas, Pegambiran, Lubuk Buaya, dan Seberang Padang. Hal ini karena kelima Puskesmas ini merupakan Puskesmas dengan pengunjung akseptor KB suntik terbanyak di Kota Padang. Dari 22 Puskesmas yang ada di Kota Padang, 12,69% akseptor KB suntik memasang KB di Puskesmas Seberang Padang. Puskesmas kedua terbanyak yang menggunakan KB suntik adalah Puskesmas Lubuk Buaya (11,06%). Puskesmas ketiga dengan akseptor KB suntik terbanyak adalah Puskesmas Andalas (7,6%). Puskesmas keempat dengan akseptor KB suntik terbanyak selanjutnya adalah Puskesmas Pegambiran (7,26%). Lalu terakhir, Puskesmas dengan akseptor KB suntik terbanyak kelima adalah Puskesmas Belimbing (5,6%) (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2016).

Penelitian yang akan dilakukan bertujuan untuk menguji hubungan karakteristik akseptor KB DMPA dengan kejadian menometrorrhagia. Karakteristik akseptor KB yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari usia dan paritas. Penelitian ini penting dilakukan karena dapat mengungkap secara empiris hubungan antara karakteristik akseptor KB dengan kejadian menometrorrhagia.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang diatas, didapatkan rumusan masalah berupa :

1. Bagaimana gambaran usia akseptor KB suntik DMPA di lima puskesmas di Kota Padang?
2. Bagaimana gambaran paritas akseptor KB suntik DMPA di lima puskesmas di Kota Padang?
3. Bagaimana hubungan usia akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia?
4. Bagaimana hubungan paritas akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan karakteristik akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran umur akseptor KB suntik DMPA di lima puskesmas di Kota Padang.
2. Mengetahui gambaran paritas akseptor KB suntik DMPA di lima puskesmas di Kota Padang.
3. Mengetahui hubungan usia akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia di lima puskesmas di Kota Padang.

4. Mengetahui hubungan paritas akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia di lima puskesmas di Kota Padang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan peneliti tentang hubungan karakteristik akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia.

1.4.2. Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap ilmu pengetahuan sebagai tambahan informasi tentang hubungan karakteristik akseptor KB suntik DMPA dengan kejadian menometrorrhagia.

1.4.3. Manfaat bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan mampu membantu puskesmas terkait untuk dapat mengedukasi masyarakat agar dapat memilih metode kontrasepsi yang tepat sesuai dengan usia masyarakat.

